

EN CAUSE DU : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur, et par Madame E.,
juriste.

CONTRE : **Madame A.**
médecin - spécialiste en oto-rhino-laryngologie

Et B. Sprl.

Comparaissant en personne et assistées de Maître C., avocat.

I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du 7 octobre 2016, entrée au greffe le 11 octobre 2016, par laquelle le service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, saisit la Chambre de première instance d'une contestation avec un dispensateur de soins, soit le Docteur A., médecin spécialiste et la SPRL B. ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les conclusions du Docteur A. et la SPRL B. reçues au greffe le 9 janvier 2017 ;
- les conclusions en réponse déposées par l'INAMI le 7 avril 2017 ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse du Docteur A. et la SPRL B. reçues au greffe le 10 mai 2017.

Les parties ont été entendues à l'audience du 8 mars 2018, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants sont établis dans le chef du Docteur A. et de la SPRL B. :

- 1^{er} grief basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI – prestations non conformes – actes effectués ne répondant pas au libellé - indu total : prestations 255510 : **2449,96 €**, prestations 255216 : **28.189,48 €**, prestations 255813 : **5605,09 €**, prestations 257471 : **12.772,38 €**, prestations 144712 : **2.510,84 €** ;
- 2^{ème} grief - prestations non conformes – prestations de valeur supérieure à celles réellement effectuées - indu différentiel : prestations 255054 : **6876,12 €**, prestations 255150 : **1.705,42 €**, prestations 257530 : **3.176,58 €**, prestations 258510 : **72.808,27 €** ;
- 3^{ème} grief - prestations non conformes – cumul code 256513 (adénoïdectomie) et 257390 (amygdalectomie) – indu : **1322,88 €** ;
- 4^{ème} grief - prestations non conformes – absence de tympanogramme – indu : **21.638,87 €**.

En conséquence, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamner le Docteur A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **159.055,89 €** (article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI coordonnée) et constater qu'un montant de 3.861,65 € a déjà été remboursé ;
- condamner le Docteur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **238.583,83 €** (article 142, §1, 2°, de la loi ASSI coordonnée) ;
- dire que les sommes dont le Docteur A. et la SPRL B. sont redevables doivent être payées dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produiront, de plein droit, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu par l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (article 156, §1^{er}, al. 2 de la loi ASSI).

III. FAITS

Le Docteur A. a obtenu son diplôme de docteur en médecine à l'ULB. Elle s'est spécialisée en oto-rhino-laryngologie à l'ULB et obtenu la reconnaissance de l'INAMI comme spécialiste en ORL en octobre 1998.

Elle a débuté son activité professionnelle en intra-hospitalier dès 2001 (temps plein à l'hôpital

En 2008, le Docteur A. a débuté une consultation privée extra-hospitalière et a maintenu une activité hospitalière partielle.

A partir d'août 2009, elle a arrêté toutes ses activités hospitalières et n'a maintenu que son activité privée au cabinet médical.

Elle a repris une activité opératoire limitée, à raison d'une demi-journée par mois, en avril 2010, avec

Pour son activité médicale en cabinet privé, elle preste uniquement les lundis, mercredis et vendredis depuis 2010.

Elle travaille seule (pas de collaborateur, associé ou personnel). Les rendez-vous sont donnés par téléphone ou lors des consultations précédentes.

Le Docteur A. effectue elle-même la facturation des prestations réalisées.

Lorsque les consultations sont payées au comptant, une ASD rédigée manuellement est remise à l'assuré.

Tous les actes techniques sont facturés en tiers payant. L'ASD est imprimée et transmise aux OA.

La majorité des consultations sont facturées en tiers payant sur la même ASD que les actes techniques.

Le SECM a relevé un **décalé supérieur à 365 jours entre la date de prestation et la date d'introduction aux OA pour plus de 99 % des prestations tarifées en tiers payant** quelle que soit l'année (excepté le premier semestre 2010).

Le Docteur A. utilise un dossier médical informatisé, partiellement depuis 2008 et complètement depuis 2012. Le dossier médical comprend 3 parties : dossier administratif (renseignements de l'assuré), dossier de facturation (codes tarifés), dossier médical (notes médicales et protocoles des actes prestés). 3 ordinateurs avec le logiciel de gestion du dossier médical sont en réseau : deux au cabinet médical et un à son domicile légal. De 2008 à fin 2011, le dossier médical était sous format papier, le dossier administratif et de facturation étant traités de façon informatique.

Le Docteur A. déclare que les dossiers médicaux « papier » de 2008, 2009 et 2010 ont été détruits à son domicile lors des inondations des 18 et 23 août 2011 ainsi que les agendas et classeurs d'audiométrie de la même époque.

Les dossiers médicaux « papier » de 2011 ont été détruits après encodage informatique (dans le DMI).

L'enquête à charge du Docteur A. a été ouverte suite à une plainte concernant une suspicion de prestations non effectuées.

L'enquête porte sur les prestations réalisées essentiellement lors du 2^{ème} semestre 2010 et en 2011. Ces prestations n'ont été comptabilisées qu'en 2012 – début 2013.

Il a été constaté lors de cette enquête que :

- plus de 90 % des prestations sont réalisées en tiers payant ;
- pour de nombreuses prestations, le Docteur A. occupe les premiers rangs, malgré un nombre de jours ouverts et un nombre de patients diminuant depuis 2010 ;
- le volume d'activité est passé de 206.279,78 € en 2012 à 493.123,78 € en 2013.

Un changement notable a été constaté après l'enquête dans les codes utilisés et dans le volume d'activité.

Dans le cadre de l'enquête, le SECM a pris connaissance des documents suivants :

- listings informatiques demandés aux OA ;
- auditions de 25 assurés ;
- audition du Docteur A. (17 mai 2013, 11 juin 2013, 18 juin 2013, 25 juin 2013, 11 juillet 2013, 25 juillet 2013, 30 juillet 2013 et 1^{er} août 2013).

4 procès-verbaux de constat (PVC) ont été dressés à charge du Docteur A. et de la SPRL B. les 31 juillet 2013 (non-respect du délai d'introduction aux OA), 16 octobre 2013, 18 décembre 2013 et 24 février 2014. Ces PVC ont été envoyés par recommandé avec accusé de réception les 1^{er} août 2013, 17 octobre 2013, 18 décembre 2013 et 28 février 2014.

IV. DISCUSSION

1. Principes relatifs à la matérialité de l'infraction et au remboursement de l'indu

1.1.

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommé la loi ASSI) prévoit que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi ;
(...) »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées (article 73bis, 1°) ou non conformes (article 73bis, 2°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction «réalité» ou «conformité», basée sur l'article 73bis de la loi ASSI, soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

1.2.

Par ailleurs, l'article 164 de la loi ASSI précise que :

« Sous réserve de l'application de l'article 142, § 1er et 146, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un

bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports magnétiques, qui ne sont pas introduites ou corrigées selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des

prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins.] [..]»

2. Quant au respect des droits de la défense

2.1.

En termes de conclusions de synthèse, le Docteur A. et la SPRL B. invitent la Chambre de première instance à ne pas tenir compte du contenu des PVA, en raison de la violation de l'article 6 de la Convention européenne des Droits de l'homme (CEDH) pour les motifs suivants : le Docteur A. n'a pas été assistée d'un avocat ; elle se trouvait dans une position de faiblesse à l'égard des médecins-inspecteurs, ceux-ci auraient dès lors dû l'informer de son droit de garder le silence et de ne pas contribuer à sa propre incrimination.

2.2.

L'article 6 CEDH dispose que :

« 1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

(...)

3. Tout accusé a droit notamment à :

- a) être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui ;*
- b) disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense ;*
- c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent ;*
- d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge ;*
- e) se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience. »*

2.3.

L'article 27 du Code pénal social autorise les inspecteurs sociaux «à interroger, soit seuls, soit ensemble, soit en présence de témoins, toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire, sur tout fait dont la connaissance est utile à l'exercice de la surveillance».

Le Code pénal social n'a pas prévu que la personne faisant l'objet de poursuites puisse bénéficier de l'assistance de son avocat lors de son audition.

Dans un arrêt du 17 avril 2012, la Cour de cassation a considéré que «Le droit à un procès équitable garanti par l'article 6.1 Conv. D.H., tel qu'interprété par la Cour européenne des droits de l'homme, exige uniquement que l'accès à un avocat soit accordé à un suspect lorsqu'il est entendu par la police, dans la mesure où il se trouve dans une position vulnérable. Il résulte des articles 3 à 9 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail qui déterminent les compétences des inspecteurs que ces derniers n'ont pas la possibilité de priver de liberté les personnes soumises à leur surveillance ou d'employer contre elles d'autres mesures coercitives, de sorte que la compétence restreinte ainsi octroyée aux inspecteurs n'a pas en soi pour conséquence qu'un employeur entendu par un inspecteur se trouve dans une position vulnérable et doit bénéficier de l'assistance d'un conseil lors de l'audition.» (Cass. (2^e ch.), R.G. P.11.0975.N, 17 avril 2012, www.juridat.be).

Cette décision de la Cour de cassation a été critiquée par la doctrine (voy. Notamment A. CHOME, « Le droit pénal social », in Droit pénal et procédure pénale, 2012, p. 18-19). A. CHOME relève notamment que :

- sur bien des aspects, les inspecteurs sociaux ont des pouvoirs suffisamment exorbitants pour influencer le contenu d'une audition ;
- la loi du 13 août 2011 dite loi «Salduz» (Art. 47bis, § 2, al 1^{er}, 3^o et al. 4 du C. Instr. crim) a consacré le droit de se concerter avec un avocat avant la première audition à toute personne non privée de liberté entendue à propos d'infractions qui peuvent lui être imputées. En déniait ce même droit aux personnes qui font l'objet d'une enquête menée par l'inspection sociale, la Cour de cassation crée une discrimination qui ne paraît pas justifiable.

2.4.

Le Docteur A. réfère également à l'article 47bis du Code d'instruction criminelle.

L'article 47bis CIC tel que modifié par la loi du 21 novembre 2016 (= « Salduz+ ») dispose que :

« § 1^{er}. Avant qu'il ne soit procédé à l'audition d'une personne à laquelle aucune infraction n'est imputée, la personne à interroger est informée succinctement des faits à propos desquels elle sera entendue et il lui est communiqué :

- 1) qu'elle ne peut être contrainte de s'accuser elle-même ;*
- 2) que ses déclarations peuvent être utilisées comme preuve en justice ;*
- 3) qu'elle peut demander que toutes les questions qui lui sont posées et les réponses qu'elle donne soient actées dans les termes utilisés ;*
- 4) qu'elle peut demander qu'il soit procédé à un acte d'information ou une audition déterminés ;*
- 5) qu'elle peut utiliser les documents en sa possession, sans que cela puisse entraîner le report de l'interrogatoire, et qu'elle peut, lors de l'interrogatoire ou ultérieurement, demander que ces documents soient joints au procès-verbal d'audition ou au dossier.*

Tous ces éléments sont consignés avec précision dans un procès-verbal.

§ 2. Avant qu'il ne soit procédé à l'audition d'un suspect, la personne à interroger est informée succinctement des faits à propos desquels elle sera entendue et il lui est communiqué :

1) qu'elle va être auditionnée en qualité de suspect et qu'elle a le droit, préalablement à l'audition, de se concerter confidentiellement avec un avocat de son choix ou avec un avocat qui lui est désigné, et qu'elle a la possibilité de se faire assister par lui pendant l'audition, pour autant que les faits qui peuvent lui être imputés concernent une infraction qui est punissable d'une peine privative de liberté; et, dans le cas où elle n'est pas privée de sa liberté, qu'elle doit prendre elle-même les mesures nécessaires pour se faire assister ;

2) qu'elle a le choix, après avoir décliné son identité, de faire une déclaration, de répondre aux questions qui lui sont posées ou de se taire ;

3) qu'elle ne peut être contrainte de s'accuser elle-même ;

4) que ses déclarations peuvent être utilisées comme preuve en justice ;

5) qu'elle peut demander que toutes les questions qui lui sont posées et les réponses qu'elle donne soient actées dans les termes utilisés ;

6) le cas échéant : qu'elle n'est pas privée de sa liberté et qu'elle peut aller et venir à tout moment ;

7) qu'elle peut demander qu'il soit procédé à un acte d'information ou une audition déterminés ;

8) qu'elle peut utiliser les documents en sa possession, sans que cela puisse entraîner le report de l'interrogatoire, et qu'elle peut, lors de l'interrogatoire ou ultérieurement, demander que ces documents soient joints au procès-verbal d'audition ou au dossier.

§ 3. Si l'audition d'un suspect majeur a lieu sur convocation écrite, les droits visés au paragraphe 2, ainsi que la communication succincte des faits à propos desquels la personne à interroger sera entendue, peuvent déjà être notifiés dans cette convocation, laquelle est jointe en copie au procès-verbal d'audition. Dans ce cas, la convocation a valeur de communication des droits visés au paragraphe 2 et la personne concernée est présumée s'être concertée confidentiellement avec un avocat et avoir pris les mesures nécessaires pour se faire assister par lui pendant l'audition. Si la personne concernée ne se fait pas assister par un avocat, les droits visés au paragraphe 2, 2) et 3), lui sont de toute façon rappelés avant le début de l'audition.

[...]

§ 6. Les dispositions suivantes s'appliquent à toutes les auditions :

1) Le procès-verbal mentionne avec précision l'heure à laquelle l'audition prend cours, est éventuellement interrompue, reprend, et prend fin. Il mentionne avec précision l'identité des personnes qui interviennent à l'audition ou à une partie de celle-ci ainsi que le moment de leur arrivée et de leur départ. Il mentionne également les circonstances particulières et tout ce qui peut éclairer d'un jour particulier la déclaration ou les circonstances dans lesquelles elle a été faite ;

2) La formulation de la communication des droits visés aux paragraphes 1er, 2 et 4 est adaptée en fonction de l'âge de la personne ou en fonction d'une vulnérabilité éventuelle qui affecte sa capacité de comprendre ces droits.

Ceci est mentionné dans le procès-verbal d'audition ;

3) A la fin de l'audition, le texte de l'audition est donné en lecture à la personne interrogée, à moins que celle-ci ne demande que lecture lui en soit faite. Il lui est demandé si ses déclarations ne doivent pas être corrigées ou complétées. Cette disposition est également d'application à l'audition audio filmée, conformément à l'article 2bis, § 3, de la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive ;

4) Si une personne interrogée en qualité de victime ou de suspect ne comprend pas ou ne parle pas la langue de la procédure ou souffre de troubles de l'audition ou de la parole, il est fait appel à un interprète assermenté durant l'audition. Si aucun interprète assermenté n'est disponible, il est demandé à la personne interrogée de noter elle-même sa déclaration. (...);

5) Si, au cours de l'audition d'une personne qui n'était initialement pas auditionnée comme un suspect, il s'avère que certains éléments laissent présumer que des faits peuvent lui être imputés, cette personne est informée des droits dont elle jouit en vertu du paragraphe 2 et, le cas échéant du paragraphe 4, et la déclaration écrite visée au paragraphe 5 lui est remise ;

6) L'audition est dirigée par la personne qui procède à l'audition. Celle-ci informe de manière succincte l'avocat des faits sur lesquels porte l'audition ;

7) L'avocat peut assister à l'audition, laquelle peut cependant déjà avoir débuté.

L'assistance de l'avocat pendant l'audition a pour objet de permettre un contrôle :

a) du respect du droit de la personne interrogée de ne pas s'accuser elle-même, ainsi que de sa liberté de choisir de faire une déclaration, de répondre aux questions qui lui sont posées ou de se taire ;

b) du traitement réservé à la personne interrogée durant l'audition, en particulier de l'exercice manifeste de pressions ou contraintes illicites ;

c) de la notification des droits de la défense visés au paragraphe 2, et le cas échéant au paragraphe 4, et de la régularité de l'audition.

L'avocat peut faire mentionner sur la feuille d'audition les violations des droits visés aux a), b) et c), qu'il estime avoir observées. L'avocat peut demander qu'il soit procédé à tel acte d'information ou à telle audition. Il peut demander des clarifications sur des questions qui sont posées. Il peut formuler des observations sur l'enquête et sur l'audition. Il ne lui est toutefois pas permis de répondre à la place du suspect ou d'entraver le déroulement de l'audition.

Tous ces éléments sont consignés avec précision dans le procès-verbal d'audition ;

8) Sans préjudice des droits de la défense, l'avocat est tenu de garder secrètes les informations dont il acquiert la connaissance en apportant son assistance pendant les auditions effectuées au cours de l'information ou de l'instruction et en apportant son assistance lors des confrontations et des séances d'identification des suspects. Celui qui viole ce secret est puni des peines prévues à l'article 458 du Code pénal ;

9) Aucune condamnation ne peut être prononcée contre une personne sur le fondement de déclarations qu'elle a faites en violation des paragraphes 2, 3, 4 et le 5), à l'exclusion du paragraphe 5, en ce qui concerne la concertation confidentielle préalable ou l'assistance d'un avocat au cours de l'audition, ou en violation des articles 2bis, 15bis, 20, § 1er, et 24bis/1 de la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive en ce qui concerne la concertation confidentielle préalable ou l'assistance d'un avocat au cours de l'audition. ».

En résumé, la loi Salduz+ opère une distinction entre les **catégories** suivantes de personnes à interroger en fonction de l'augmentation graduelle des droits axée sur la précarité de la situation de la personne interrogée et la gravité des faits (ROMBOUX, C., Loi Salduz , in *Postal Memorialis, Lexique du droit pénal et des lois spéciales*, 2017, L35) :

– Catégorie I : les droits « Salduz » accordés aux personnes interrogées dans le cadre d'une enquête pénale auxquelles aucune infraction n'est imputée. Il s'agit des personnes qui doivent être entendues à titre de victime, de plaignant, de dénonciateur mais également à titre de témoin, de « source », « disparu » ou « civilement responsable » (pour reprendre les appellations connues dans les systèmes informatiques policiers) ;

– Catégorie II : les droits « Salduz » accordés aux suspects non privés de liberté interrogés au sujet d'infractions non punissables de peines de privation de liberté qui peuvent leur être imputées ;

– Catégorie III : les droits « Salduz » accordés aux suspects non privés de liberté interrogés au sujet d'infractions punissables de peines de privation de liberté qui peuvent leur être imputées ;

– Catégorie IV : les droits « Salduz » accordés aux suspects privés de liberté interrogés au sujet d'infractions qui peuvent leur être imputées.

La façon d'organiser le **droit d'accès à un avocat** est modelée plus amplement en fonction de la catégorie des personnes à interroger :

– Catégorie I : passivement = les personnes concernées doivent prendre elles-mêmes l'initiative ;

– Catégorie II : passivement = les personnes concernées doivent prendre elles-mêmes l'initiative, mais elles reçoivent une déclaration écrite des droits ;

– Catégorie III : activement avec modération = usage de convocations contenant la communication des droits à l'accès/assistance d'un avocat ; les personnes concernées sont bien informées, mais doivent néanmoins prendre elles-mêmes l'initiative ;

– Catégorie IV : proactivement = usage généralisé de l'application web du barreau afin d'assurer effectivement le droit d'accès/l'assistance d'un avocat.

2.5.

La Chambre de première instance n'aperçoit pas en quoi il y aurait violation de l'article 6 CEDH en l'espèce.

En effet :

- les articles 62 et 63 du Code pénal social prévoyant la garantie de plusieurs règles lors de l'audition de personnes ont été respectés par le médecin-contrôleur au cours de l'enquête. Les PV d'audition reproduisent ces dispositions dans leur intégralité ;
- le Docteur A. doit être considérée comme entrant dans la catégorie II dans le cadre de la loi Salduz +. Or, elle n'a jamais demandé la présence d'un avocat dans le cadre de ses auditions ;

- le Docteur A. a signé tous les PV d'audition ;
- elle a eu l'occasion de se défendre par rapport aux auditions, comme le prouve les multiples courriers qu'elle a adressés au SECM.

Par conséquent, il n'existe aucun motif pour écarter les PV d'audition du Docteur A.

3. En ce qui concerne les auditions des assurés

3.1.

Le Docteur A. invite la Chambre de première instance à ne pas tenir compte des auditions des assurés, celles-ci n'étant nullement fiables pour les raisons suivantes :

- la pression exercée sur les assurés lors de leur audition par le médecin-inspecteur et l'orientation donnée par celui-ci aux réponses aux questions ;
- le délai écoulé entre les prestations et l'audition ;
- parmi les assurés interrogés figuraient des alcooliques, des patients souffrant de pathologies psychiatriques lourdes ; des enfants qui n'ont pas toujours été accompagnés du même parent, des personnes ne maîtrisant pas suffisamment le français.

3.2.

La Chambre de première instance constate que les éléments invoqués par le Docteur A. pour tenter de jeter le discrédit sur les auditions, ne sont appuyés par aucune preuve, aucune attestation.

Par ailleurs, si les patients ont été interrogés sur des faits anciens, c'est en raison du comportement même du Docteur A. qui a tardé à transmettre aux OA les attestations de soins donnés pour les périodes concernées.

L'argument relatif aux auditions des assurés ne peut donc être retenu.

4. Application en l'espèce – Examen des griefs reprochés

4.1.1. En ce qui concerne le 1^{er} grief – prestations 25510, 255216, 255813, 257471 et 144712 non conformes

Le SECM considère que le Docteur A. a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 255150, 255216, 255813, 257471 et 144712 non conformes, les actes effectués ne répondant pas au libellé.

Prestations 255150 – Extraction de corps étrangers du conduit auditif externe chez l'enfant, nécessitant une anesthésie.

Le Docteur A. a indiqué dans son audition du 11 juin 2013 qu'elle utilisait ce code lorsqu'elle enlevait un bouchon de cérumen chez un enfant, assimilant le cérumen à un corps étranger. Pour les bouchons « compliqués », elle procédait à une anesthésie locale (gouttes de lidocaïne).

Les assurés pour lesquels cette prestation a été attestée (parfois à plusieurs reprises pour certains d'entre eux – voir par exemple Monsieur F. : 6 fois en un an !) confirment également

qu'il n'y a pas eu d'extraction de corps étrangers autres que du cerumen ou de cellules mortes, sans anesthésie.

Le 10 juillet 2013, elle a adressé une demande d'interprétation au sujet de ce code au Docteur G., direction médicale – service des soins de santé INAMI. Ce dernier a répondu le 16 octobre 2013 comme suit :

« La nomenclature ne précise pas l'âge de l'enfant. En général, il est établi qu'un être humain est considéré comme enfant depuis sa naissance jusqu'à sa puberté.

Lors de la réalisation de la prestation 255150-255161, le code anesthésie qui doit être attesté par un médecin spécialiste en anesthésie est le 201132-201143 anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou du plexus brachial pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K24 ou N40 ou I40.

En ce qui concerne l'extraction de bouchons compliqués, la règle interprétative 6 reprise à l'article 14 i précise ce qui suit :

QUESTION : Quels sont les honoraires prévus pour l'enlèvement d'un bouchon de cérumen ?

REPOSE : L'enlèvement d'un bouchon de cérumen est couvert par les honoraires éventuels prévus pour la consultation.

Si vous utilisez un microscope binoculaire, vous pouvez attester la prestation 258812-258823 Tympanoscopie uni-ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire à agrandissement multiple d'au moins 10 fois.. K6,75... »

Le SECM fait remarquer que la prestation 258812 a également été systématiquement tarifée parallèlement au code 255150.

Il ressort de la note interprétative que le Docteur A. ne pouvait dès lors utiliser le code 255150 pour l'enlèvement de bouchons de cérumen.

Pour fixer le montant de l'indu, le SECM a retenu un pourcentage de 50 %, se basant sur l'audition du Docteur A.

Le Docteur A. conteste l'application du pourcentage retenu par le SECM considérant qu'elle n'a jamais déclaré le pourcentage de 50 %.

La Chambre de première instance constate que les déclarations du Docteur A. confirment ce pourcentage et qu'elle a relu celles-ci avant de signer son audition.

Par ailleurs, le pourcentage retenu de 50 % est tout à fait en sa faveur. En effet, elle ne prouve nullement avoir procédé à un quelconque moment à une extraction avec anesthésie selon les conditions exigées par la nomenclature. Le bouchon de cérumen ne peut être considéré comme un corps étranger.

Aucune des auditions ne permet d'établir de telles prestations.

Il ressort des éléments du dossier que ce sont l'ensemble des prestations attestées sous le code 255150 qui n'étaient pas conformes.

Il est d'ailleurs étonnant que le Docteur A. se situait au rang 1 pour cette prestation en 2012 et 2013 et qu'elle n'a plus attesté ce code en 2014, après le contrôle.

L'indu total s'élève à **2.449,96 €**.

Prestations 255216 – Résection de polypes dans l'oreille, par cure, K20.

Lors de son audition du 11 juin 2013, le Docteur A. a indiqué qu'elle utilisait ce code lorsqu'elle pratiquait une résection par micro-pince de lésions polypoïdes qui font suite à des otites purulentes, eczémateuses ou chroniques.

Le 10 juillet 2013, elle a adressé une demande d'interprétation au sujet de ce code au Docteur G., direction médicale – service des soins de santé INAMI. Le Docteur H., directeur général, a répondu le 16 octobre 2013 comme suit :

« La prestation 255216-255220 Résection de polypes de l'oreille par cure...K20 ne peut être attestée que dans les cas de polypes. La prestation remboursable une seule fois pour la cure complète des lésions existant au moment où vous avez entamé le traitement. Vous remarquerez le pluriel « polypes » et la mention « par cure ». La facturation multiple ou répétée chez le même patient n'est donc pas permise. Pour les soins microscopiques réalisés pour des otites eczémateuses surinfectées ou des otites chroniques avec surinfections fréquentes, vous pouvez attester la prestation 258812 Tympanoscopie uni – ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois K 6,75... »

La prestation 258812 a été systématiquement tarifée parallèlement au code 255216.

Aucun des patients auditionnés n'a confirmé la résection de polypes.

Par ailleurs, la consultation de dossiers informatisés montre qu'il n'y a pas souvent de trace de résection de polypes par cure : le code est souvent répété chez un même assuré à des dates différentes se suivant de quelques semaines. On relève également que le Docteur A. utilise ce code en dehors du libellé, notamment pour des bouchons de cérumen surinfectés ou impactés, pour des soins microscopiques lors d'otites ou d'inflammation avec des lésions polypoïdes liées à l'otite.

Pour déterminer l'indu, le SECM a considéré que le code 255216 ne pouvait être attesté que dans 30 % des cas, selon les déclarations du Docteur A.

Le Docteur A. conteste que dans 70 % des cas, le code ne pouvait être appliqué. Elle estime que dans 100 % des cas, il y avait bien résection de polypes de l'oreille. En ce qui concerne les déclarations des patients, elle indique avoir présenté la situation afin de ne pas inquiéter ceux-ci.

Il ressort de la réponse de l'INAMI que le Docteur A. a utilisé le code 255216 à mauvais escient, les conditions reprises dans la nomenclature n'étant pas remplies. Une lésion polypoïde n'est pas un polype.

Par ailleurs, le pourcentage retenu de 30 % est tout à fait en sa faveur. En effet, elle ne prouve nullement avoir procédé à un quelconque moment à une résection de polypes. Elle n'a aucun intérêt à le contester.

Aucune des auditions ne permet d'établir de telles prestations.

Il ressort des éléments du dossier que ce sont l'ensemble des prestations attestées sous le code 255216 qui n'étaient pas conformes.

L'indu s'élève à **28.189,48 €**.

Prestation 255813 – Extraction de corps étrangers du nez.

Lors de son audition du 11 juin 2013, le Docteur A. a indiqué avoir attesté ce code lorsqu'elle effectuait l'extraction d'un corps étranger chez les enfants de moins de 8 ans (par exemple un morceau de cacahuète), rarement des croûtes. Chez les adultes, et au-delà de 10 ans, il s'agissait majoritairement (c'est-à-dire dans 90 % des cas) d'une exérèse et extraction de croûtes naso-sinusiennes surinfectées.

Selon les déclarations des assurés, le Docteur A. ne leur a jamais enlevé de corps étranger du nez.

Aucune trace de ces prestations n'a été retrouvée dans le dossier informatisé.

Sur base des déclarations du Docteur A., le SECM a considéré que dans 90 % des cas, le code 255813 ne pouvait être attesté, à défaut d'extraction de corps étranger.

Le Docteur A. ne produit aucun document permettant d'établir qu'elle a réellement procédé à l'extraction d'un **corps étranger** dans 100 % des cas.

Il est d'ailleurs fort étonnant qu'elle se situait au rang 2 pour cette prestation en 2012 et 2013 et qu'elle est passée au rang 191 en 2014.

L'indu s'élève **5.605,09 €**.

Prestation 257471 – Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral – K70.

Selon l'audition du 11 juin 2013, le Docteur A. utilise ce code dans deux cas de figure :

- soit à la mise en place d'un drain sous anesthésie générale chez les enfants (en milieu hospitalier) et sous anesthésie locale, au cabinet (souvent chez les adultes) ;
- soit lors de l'aspiration via le drain préexistant et déjà placé.

Or, dans ce dernier cas, le code 257471 ne peut être utilisé.

Dans le cadre de la fixation de l'indu, le SECM a exclu les adultes, pour lesquels la répétition du code ne permet pas de faire la différence entre la pose d'un drain (en ambulatoire) et l'aspiration à travers le drain placé préalablement.

Le grief a donc été retenu pour un groupe d'enfants dont la pose du drain a été réalisée en milieu hospitalier et pour lesquels le code 257471 a été attesté par la suite lors de la consultation ambulatoire.

Bien que reconnaissant que, dans certains cas, elle effectuait le drainage via le drain posé préalablement, le Docteur A. soutient qu'il s'agissait d'une intervention importante et délicate sous microscope, répondant aux exigences de la nomenclature.

Le fait qu'il s'agissait d'une opération délicate ne permet pas au Docteur A. d'utiliser le code relatif à la mise en place d'un drain. Elle ne prouve pas sa thèse, à l'aide notamment d'une règle interprétative.

Pour la période du 25 octobre 2011 au 31 mars 2013, 136 prestations ont été attestées après la tarification d'un drain posé en milieu hospitalier, pour 49 enfants.

L'indu total s'élève à **12.772,38 €**.

Prestations 144712 – Extraction de corps étrangers, non enclavés du pharynx ou du conduit auditif externe, K6.

Le Docteur A. a déclaré qu'elle utilisait ce code pour l'enlèvement d'un bouchon de cérumen dans 50 % des cas.

Le cérumen n'étant pas un corps étranger, elle ne pouvait attester ce code.

Le Docteur A. n'a pas contesté l'indu relatif à ce grief et a remboursé le montant repris dans le PVC, soit 2.538,77 €.

L'indu s'élève, selon la note de synthèse, à la somme de **2.510,84 €**.

4.1.2. En ce qui concerne le 2^{ème} grief – prestations non conformes car de valeur supérieure à celles réellement effectuées

Ce grief concerne 4 prestations différentes :

- *Prestations 255054 K26 non conformes car pas de tests complémentaires – le code 255010 K22 aurait dû être attesté.*

Selon les déclarations du Docteur A., lorsqu'elle pratique une audiométrie, elle ne réalise également un test de latéralisation que dans 50 % des cas.

La saisie du classeur d'audiométrie 2011 a permis de constater qu'au moins 50 % des audiogrammes reportés ne sont accompagnés d'aucun protocole d'examen complémentaire. Ce constat permet donc d'objectiver les déclarations du Docteur A.

Le Docteur A. conteste le pourcentage de 50 % retenu et soutient avoir toujours fait un test complémentaire avec le test d'audiométrie. Toutefois, elle n'explique pas pourquoi en 2011, elle n'a pas toujours repris le résultat du test complémentaire sur la feuille d'audiométrie.

Le grief est établi.

L'indu différentiel s'élève à **6.876,12 €**.

- *Prestations 255150 K20 non conformes car pas d'anesthésie – le code 144712 aurait dû être attesté K6.*

Dans sa déclaration du 11 juin 2013, le Docteur A. a indiqué qu'elle avait toujours attesté le code 255150 pour des enfants chez lesquels elle a enlevé un corps étranger ou un bouchon de cérumen, sans pratiquer d'anesthésie générale.

L'indu différentiel s'élève à **1.705,42 €**.

Cet indu ne fait pas double emploi avec l'indu réclamé au grief 1 pour le même code. Le présent indu est calculé sur les 50 % des codes non rejetés au grief 1, dans la mesure où il n'y a pas eu d'anesthésie générale.

- *Prestations 257530 non conformes car il ne s'agit pas de cholestéatome, ni d'évacuation de pus de l'oreille moyenne sous microscope et sous anesthésie générale – Le code 257773 K9 aurait dû être attesté.*

Dans son audition du 11 juillet 2013, le Docteur A. a déclaré qu'elle attestait le code 257530, dans 60 à 65 % des cas, chez des patients avec des lésions cholestéomateuses surinfectées ou chroniques, et dans 35 à 40 % par assimilation, chez les autres types d'otites nécessitant les mêmes gestes techniques et d'instrumentations, en consultation, parfois avec anesthésie locale et **jamais sous anesthésie générale**.

Le 10 juillet 2013, elle a envoyé une question relative à l'interprétation du code 257530 au Docteur G. à l'INAMI.

Le Docteur H., directeur général (CINOM) lui a répondu le 16 octobre 2014 :

« Dans les cas des otites perforantes et purulentes (aïgue ou chronique) nécessitant des soins microscopiques au niveau de l'oreille moyenne, pratiqués en consultation, donc avec ou sans anesthésie locale, vous pouvez attester la prestation 257773-257784 examen d'une lésion de l'oreille moyenne en cas de perforation du tympan, sous microscope binoculaire du type Zeiss (en-dehors des interventions chirurgicales).

*La règle interprétative permet l'attestation de la prestation 257530-257541 Aspiration de cholestéatome sous microscope K20 **seulement dans les cas de l'évacuation de pus de l'oreille moyenne pratiquée sous anesthésie générale...** »*

La Chambre de première instance constate que les déclarations du Docteur A. sont claires. Elle a apposé sa signature au bas du PV d'audition du 11 juillet 2013.

Par ailleurs, ces déclarations sont corroborées par les auditions des patients et la consultation du dossier informatisé dans lequel les inspecteurs ont retrouvé régulièrement les termes « bouchons cholestéatomateux » et « desquamations cholestéotomateuses » décrits pas elle.

En conclusion, dans 35% des cas, le code 257530 ne pouvait être appliqué et le code 257773 aurait dû être attesté.

L'indu différentiel s'élève à **3.176,58 €**.

- *Prestations 258510 – endoscopie d'un ou plusieurs sinus.*

Ce code est utilisé lorsque le prestataire de soins va voir dans les sinus, soit par sinuscopie sous neurolept ou anesthésie locale, ou par fibroscopie souple quand les patients ont été opérés (voir déclaration Docteur I.).

Dans son audition du 11 juin 2013, le Docteur A. a reconnu que le pourcentage maximal de prestations effectuées chez des patients où la visualisation complète d'au moins un sinus était possible est 25% des prestations attestées. Pour le reste, elle explorait l'ensemble des orifices sinusaux (voir audition du 11 mai 2013).

Le SECM constate par ailleurs que le Docteur A. n'a aucune activité opératoire de sinus. Or, le suivi est généralement réalisé par le prestataire qui opère. En outre, elle était au top 3 de cette prestation en 2012, top 10 en 2013 et en 2014, elle n'était plus au 166^{ème} rang (en revanche, le code d'endoscopie nasale a augmenté).

Le SECM conclut donc que dans 75 % des cas, le Docteur A. n'a pas effectué une endoscopie des sinus mais bien une fibroscopie nasale, puisqu'elle explore les orifices sinusaux mais n'entre pas dans les sinus. Dans 75 % des cas, le code 258834, de valeur inférieure aurait dû être attesté.

Le Docteur A. conteste le pourcentage retenu de 75 %. Ce pourcentage découle toutefois de ses propres déclarations, qu'elle a signées. Ce n'est pas parce que son cabinet est bien équipé qu'elle a nécessairement accompli les actes qu'elle déclare. Dans la mesure où elle n'a eu aucune activité opératoire des sinus en 2011-2012, il n'est pas crédible de soutenir avoir accompli 100 % des prestations d'endoscopie attestées.

Le grief est établi.

L'indu différentiel s'élève à **72.808,27 €** (1416 prestations).

4.1.3. En ce qui concerne le 3^{ème} grief – prestations non conformes – prestations 256513 (adénoïdectomie) non conformes car cumulées avec le code 257390 (amygdalectomie)

Le Docteur A. n'a pas contesté ce grief et a remboursé l'indu total de **1.322,88 €**.

4.1.4. En ce qui concerne le 4^{ème} grief – prestations non conformes – absence de tympanogramme

Il ressort des déclarations du Docteur A., actées le 11 juin 2013 et le 25 juin 2013, ainsi que de l'examen du classeur 2011 des audiométries et des impédancemétries, qu'il n'y a pas eu de tympanogramme pour 1024 prestations d'impédancemétrie effectuées chez des assurés sans avoir effectué une audiométrie associée.

L'indu total s'élève à **21.638,87 €**.

En conclusion :

Les 4 griefs basés sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI sont établis dans le chef du Docteur A., qui doit être condamnée au remboursement de la somme totale de **159.055,89 €** en application de l'article 142 de la loi ASSI.

La SCPRL B. est solidairement responsable du remboursement de l'indu en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI.

5. Sanction

5.1. *Principes*

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

De manière générale, l'existence d'une cause de justification (démence ou contrainte, selon l'article 71 du Code pénal ; erreur ou ignorance ; etc.) s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction.

L'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification, dans la mesure où elles « (...) portent sur l'existence (ignorance d'une disposition pénale en vigueur) ou la portée exacte (erreur relative à l'interprétation ou à l'applicabilité d'une disposition dont on connaît l'existence) de l'élément légal de l'infraction, d'où résulte l'illicéité de l'acte commis (...) »¹.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente².

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible³.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible⁴.

5.2. Hauteur de la sanction

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1^{er}, al. 1^{er}, 2^o de la loi ASSI :

« § 1^{er}. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

(...)

2^o le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise **entre 5 % et 150 %** du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2^o ; »

5.3. Règles concernant l'octroi du sursis

Le sursis d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque, dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'Institut (art. 157 de la loi ASSI).

L'octroi du sursis nécessite à tout le moins l'absence, depuis trois ans, d'amende administrative et de demande de remboursement de prestations indues et est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

¹ F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal- Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8^{ème} éd., p. 404

² Cass., 2^{ème} ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1^{ère} ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09, consultables sur <http://jure.juridat.just.fgov.be>

³ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, *ChrD.S.*, 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

⁴ Cass., 2^{ème} ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011 006N

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve.

5.4. Application en l'espèce

La Chambre de première instance estime qu'il y a lieu d'infliger au Docteur A. une amende égale à **100 %** de la valeur des prestations indues, soit **159.055,89 €**.

La bonne foi du Docteur A. n'est nullement établie.

Dans la plupart des griefs retenus, la nomenclature est claire et a été confirmée par les réponses données par le Docteur H.

Les codes utilisés par le Docteur A. dénotent d'un comportement manifestement abusif. Il ne peut être fait usage d'un code impliquant une anesthésie totale quand il n'y a aucune anesthésie. Certains actes qu'elle déclare accomplir au moyen du code retenu sont des actes lourds, qui se font en principe en milieu hospitalier. La Chambre de première instance a par exemple constaté que le Docteur A. avait attesté pas moins de 6 fois sur un an le code d'extraction d'un corps étranger du conduit auditif pour Monsieur F. Il est difficilement imaginable qu'un enfant mette une cacahuète (comme elle tente de le soutenir) dans ses oreilles à 6 reprises en un an.

Par ailleurs, à supposer que ces actes puissent être accomplis en cabinet privé, il ne s'agit pas d'actes qui se font en 5 minutes. Or, le Docteur A. a affirmé lors de l'audience du 8 mars 2018 accueillir un grand nombre de patients par journée travaillée (jusqu'à 50 patients), ce qui limite le temps consacré à chacun. Elle déclare également ouvrir elle-même la porte aux patients vu qu'elle travaille seule, ce qui suppose qu'elle était régulièrement dérangée.

Le Docteur A. occupe pour la plupart des prestations retenues, le rang le plus élevé ou se situe en tout cas toujours dans le top 10, pour des prestations qui sont en principe effectuées en milieu hospitalier.

En ne travaillant que 3 jours par semaine, elle ne peut raisonnablement soutenir avoir réellement effectué toutes les prestations attestées.

La Chambre de première instance relève que les pourcentages qui ont été retenus par le SECM l'ont certainement été **en sa faveur**. Au vu de ses déclarations, de celles des patients et des dossiers médicaux, il est fort probable que ce soit l'ensemble des prestations qui auraient dû être retenues à griefs pour certaines prestations. L'indu aurait alors été nettement plus élevé.

Le fait qu'après le contrôle, le Docteur A. ait « dégringolé » dans le classement de toutes les prestations retenues à grief est également un signe qu'il y avait un abus.

Enfin, le fait de rentrer les attestations, en tiers payant, plus d'un an après que les prestations aient été effectuées pose question.

Le Docteur A. ne peut plaider des problèmes informatiques pour une période aussi longue. Ce n'est pas crédible.

Il n'est également pas raisonnable de soutenir que c'est en raison de sa charge de travail qu'elle n'a pu respecter le délai d'introduction aux OA, étant donné qu'elle ne travaille que 3 jours par semaine et qu'elle dispose donc à tout le moins de 2 jours par semaine pour effectuer le travail administratif.

Le SECM relève également dans son enquête que le Docteur A. dispose de 3 ordinateurs en réseau dont un à son domicile, ce qui devrait faciliter le traitement administratif des dossiers des patients.

Compte tenu de l'absence d'antécédant, la Chambre de première instance décide néanmoins, malgré un comportement manifestement abusif, d'octroyer au Docteur A. **un sursis pour 80 % de l'amende pendant 3 ans.**

6. Intérêts

Les sommes, dont le Docteur A. et la SPRL B. sont redevables, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

PAR CES MOTIFS; LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement,

Déclare la demande du SECM à l'égard du Docteur A. recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions suivantes sont établis dans le chef du Docteur A. :

- 1^{er} grief basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI – prestations non conformes – actes effectués ne répondant pas au libellé - indu total : prestations 255510 : **2449,96 €**, prestations 255216 : **28.189,48 €**, prestations 255813 : **5605,09 €**, prestations 257471 : **12.772,38 €**, prestations 144712 : **2.510,84 €** ;
- 2^{ème} grief - prestations non conformes – prestations de valeur supérieure à celles réellement effectuées - indu différentiel : prestations 255054 : **6876,12 €**, prestations 255150 : **1.705,42 €**, prestations 257530 : **3.176,58 €**, prestations 258510 : **72.808,27 €** ;
- 3^{ème} grief - prestations non conformes – cumul code 256513 (adénoïdectomie) et 257390 (amygdalectomie) – indu : **1322,88 €** ;
- 4^{ème} grief - prestations non conformes – absence de tympanogramme – indu : **21.638,87 €**.

Par conséquent,

- Condamne solidairement le Docteur A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **159.055,89 €** ;
- Constate qu'une somme de **3.861,65 €** a déjà été remboursée par le Docteur A. et la SPRL B. au 8 mars 2018 ;

- Condamne le Docteur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **100 %** du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **159.055,89 €** (article 142, §1^{er}, 2^o, de la loi ASSI coordonnée) ;
- Dit qu'il sera **sursis** partiellement à l'exécution de cette amende pendant un délai de 3 ans, pour **80 %** de l'amende prononcée, soit une **amende effective de 31.811,18 €** ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Docteur A. et la SPRL B. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1^{er} de la loi ASSI seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité ;
- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, les Docteurs Dominique VANDIEPENBEECK, Georges DESQUIENS, Daniel LECLERCQ et Gilbert BEJJANI, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffière.

Et prononcée en audience publique du 8 mai 2018, par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Isabelle WARNOTTE, greffière.

Isabelle WARNOTTE
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente